

年金加入期間確認請求書 (共済用)

所属している又は所属していた共済組合名を記入してください。

〇〇〇職員共済組合 様

氏名 **共済 太郎** 共済
 生年月日 **昭和 〇〇年 〇月 〇日**
 郵便番号 **102-0084**
 住所 **東京都千代田区二番町2番地**
 自宅の電話番号 (03)-(5210)-(xxxx)

年金加入期間を必要とされている方の氏名・生年月日・住所等を記入してください。

該当する理由を〇で囲んでください。

(請求理由)

繰上げ(全部・一部)の老齢基礎年金
老齢又は退職を支給事由とする年金
 障害又は死亡を支給事由とする年金

を請求するため必要があるので年金加入期間の確認を請求します。

年金受給権者の方
 ・年金証書記号番号

在職中の方
 ・組合員証記号番号

既に退職されている方
 ・当時の組合員証記号番号

年金受給権者で在職中の方
 ・年金証書記号番号
 ・組合員証記号番号

上記の区分にしたがって番号を記入してください。
 (番号が分からない場合は「不明」と記入してください。)

組合員又は組合員であった方の氏名・生年月日・住所等を記入してください。

① (フリガナ) 氏名	キョウサイ タロウ 共済 太郎	② 住所	102-0084 東京都千代田区二番町2番地
	旧氏名	④ 番号	〇〇〇-xxx
③ 生年月日	明治 大正 昭和 〇〇年 〇月 〇日		

公務員の期間は通算されますので、すべての公務員の期間を記入してください。
 所在地について、市町村合併等で分からない場合は、わかる範囲で記入してください。

⑤ 履 歴		期 間	
勤務先の名称及び所在地		期	間
〇〇省 東京都千代田区 霞が関xx-xx		昭 ・平 〇〇年 〇月 〇日から 昭 ・平 〇〇年 〇月 〇日まで	
旧xx町役場 〇〇県〇〇市		昭 ・平 〇〇年 〇月 〇日から 昭 ・平 〇〇年 〇月 〇日まで	
△△市役所 △△県△△市		昭 ・平 〇〇年 〇月 〇日から 昭 ・平 在年 職月 中 日まで	
		昭・平 年 月 日から 昭・平 年 月 日まで	
		昭・平 年 月 日から 昭・平 年 月 日まで	
期間確認通知書必要枚数			1 通

在職中の方は「在職中」と記入してください。
 既に退職されている方は、退職年月日を記入してください。

受付組合
受付印
所属組合
受付印